FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 48.

CONSIDÉRATIONS SUR

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

TUMEURS DE LA VESSIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 3 Janvier 1896

PAR

Joseph-Louis-Dominique LUCCIARDI

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né le 20 Janvier 1873 à SANTO PIETRO DI TENDA (Corse)

Examinateurs de la Thèse..	MM. DEMONS	professeur	*Président*	
	DE NABIAS	professeur	*Juges*	
	AUCHÉ	agrégé		
	BRAQUEHAYE	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 48.

CONSIDÉRATIONS SUR

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

TUMEURS DE LA VESSIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 3 Janvier 1896

PAR

Joseph-Louis-Dominique LUCCIARDI

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né le 20 Janvier 1873 à SANTO PIETRO DI TENDA (Corse)

Examinateurs de la Thèse..	MM. DEMONS	professeur		*Président*
	DE NABIAS	professeur		
	AUCHÉ	agrégé		*Juges*
	BRAQUEHAYE	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BORDEAUX

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR PIERRE-FRANÇOIS VENTURINI

ANCIEN PHARMACIEN DE LA MARINE

Hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CUNÉO

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

PRÉSIDENT DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE SANTÉ DE LA MARINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHARGÉ DE LA CLINIQUE COMPLÉMENTAIRE DES VOIES URINAIRES

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

C'est à M. le professeur agrégé Pousson, chirurgien des Hôpitaux, que nous devons l'idée première de notre thèse inaugurale, et aussi les éclaircissements sans lesquels nous nous serions égaré dans la route qu'il nous a montrée. Aussi manquerions-nous à notre devoir si nous n'inscrivions pas son nom à la tête de ce modeste travail.

En soumettant notre thèse à l'indulgence de nos juges, qu'il nous soit permis d'abord d'adresser nos remercîments à tous ceux qui, dans le cours de notre séjour à Bordeaux, nous ont témoigné leur sollicitude, en particulier à MM. les professeurs Ferré et Piéchaud.

M. le professeur Demons a droit à toute notre gratitude ; le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse ne pouvait qu'augmenter encore nos sentiments de reconnaissance profonde à l'égard de ce maître éminent.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

L'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie semblerait par le fait de l'antisepsie donner droit à de bons résultats. M. le docteur Pousson ayant mis à notre disposition un certain nombre d'observations auxquelles nous en ajoutons une autre qui a été prise dans le service de M. le professeur Boursier, nous émettrons, d'après ces observations, quelques considérations à l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes vésicaux. En étudiant ces observations de près, nous croyons pouvoir nous convaincre que les tumeurs vésicales ne doivent pas toujours être opérées, quels que soient leur siège et leur étendue.

Observation I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson)

Sexe et âge du malade : Homme; cinquante-quatre ans.

Symptômes fonctionnels. — Hématurie subite il y a deux ans, à la suite d'efforts pour enlever une malle ? Depuis lors, troubles dysuriques consistant en besoins fréquents d'uriner, douleurs finales et

souvent, hématuries à la fin de la miction. A certains moments les urines sont troubles, purulentes et glaireuses, mais ordinairement elles sont limpides et ne contiennent du sang qu'à la fin.

Signes physiques. — Examen des régions rénales, négatif; vessie tolérante, se laisse distendre par une injection boriquée qui revient incolore en grande partie, mais dont les dernières gouttes sont assez fortement teintées en rouge. A l'explorateur métallique la vessie est épaissie à gauche, près du bas-fond. Cet épaississement est également constaté par la palpation bimanuelle.

Opération et résultats immédiats. — Opéré quelque temps après à l'hôpital Saint-André par un chirurgien de cet hôpital. Taille sus-pubienne. Guérison opératoire.

Résultat éloigné, inconnu.

Observation II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

Sexe et âge du malade : Homme; vingt-neuf ans.

Date du début de la maladie : un an.

Symptômes fonctionnels. — Hématurie spontanée. Quelque temps après, le malade ayant contracté une blennorrhagie qui se complique de cystite, tous les phénomènes vésicaux qu'il présente furent mis sur le compte de cette cystite. Cependant leur persistance, malgré le traitement méthodique régulièrement suivi, me donna à penser que le malade avait, soit de la tuberculose vésicale, soit un néoplasme.

Signes physiques. — L'exploration intra-vésicale me fut rendue impossible en raison du spasme de la portion membraneuse.

Opération et résultats immédiats. — Opéré quelque temps après par un chirurgien de Paris. Guérison opératoire.

Aspect macroscopique et nature histologique de la tumeur. — Epithélioma pédiculé inséré dans le bas-fond, un peu à droite.

Observation III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

Sexe et âge du malade : Homme; trente-neuf ans.

Date et début de la maladie : Trente ans.

Symptômes fonctionnels. — Première hématurie à neuf ans, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, dure une seule miction. A partir de cette époque et pendant vingt-six ans, les hématuries se reproduisent à peu près régulièrement tous les trois mois, survenant sans cause aussi bien la nuit qne le jour et durant une demi-journée ou une journée, rarement davantage. Dans l'intervalle, les urines ont leur coloration et leurs caractères normaux.

Il y a quatre ans, les hématuries sont devenues plus fréquentes et de plus longue durée, et depuis deux ans, le sang ne disparaît que rarement de l'urine.

Le malade qui, jusqu'à ces huit derniers mois, n'avait pas souffert et n'avait aucun trouble de la miction, a commencé à avoir de la douleur en urinant, il a remarqué que parfois il urinait bien et que d'autres fois, il ne pouvait pas émettre ses urines, il lui semblait que le col de sa vessie était obstrué; lorsqu'elles ne contiennent pas de sang, les urines sont louches, épaisses et glaireuses.

Il y a trois mois environ, expulsion d'un morceau de chair.

Depuis quelques semaines, il ne peut plus uriner sans se sonder. Le malade est d'une pâleur extrême, mais pas d'amaigrissement, pas d'œdème. Pas de fièvre.

Signes physiques. — Le canal est libre et l'eau de lavage, entraînant d'abord de menus débris de tissus, se fonce très fortement en rouge à la fin. A l'explorateur métallique, je sens que le côté droit de la vessie est occupé par un corps saillant et mollasse.

Par la palpation bimanuelle on constate un épaississement de toute la partie droite de la vessie.

Opération et résultats immédiats. — Opération le 26 février 1891. Cystotomie hypogastrique. A peine la vessie est-elle incisée, que la tumeur saillant par l'ouverture empêche le liquide préalablement injecté de sortir. Le tissu néoplasique, très friable, se déchire sous l'action de mon doigt allant à la recherche du pédicule. J'enlève avec les pinces coupantes la plus grande partie de la tumeur et je peux de la sorte découvrir le point d'implantation sur le côté droit de la vessie au-dessus du trigone et à 2 centimètres au-dessus du col. Saisissant ce pédicule avec des pinces, je le dissèque au galvano-cautère et cautérise vigoureusement sa surface qui a à peu près la largeur d'une pièce d'un franc. Tubes de Guyon-Périer et suture de la vessie et de la plaie hypogastrique au-dessus et au-dessous.

Nature histologique de la tumeur. — La tumeur, du volume d'un gros œuf de poule, est mamelonnée en forme de chou-fleur. Epithélioma tubulé.

Dès le lendemain de l'opération, le sang disparaît des urines, et celles-ci s'éclaircissent rapidement.

Le malade ne souffre plus, et après la fermeture de la vessie et l'ablation de la sonde, il peut uriner spontanément. Cette amélioration persiste pendant trois mois; à partir de ce moment, le malade voit réapparaître un peu de sang dans les urines et éprouve quelques douleurs. Peu après il est obligé de se sonder. En août, probablement à la suite d'un cathétérisme optique, il est pris d'accidents fébriles et succombe.

Durée totale de la maladie : trente ans.

Survie après l'opération : cinq mois et demi.

Observation IV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

H..., garçon de lycée, trente-trois ans.

Début de la maladie, il y a quatre ans.

Symptômes fonctionnels. — Hématurie en même temps qu'une douleur violente au col de la vessie. Urines presque constamment teintées de sang, et parfois caillots qui obstruent le col. Les douleurs sont vives au niveau du col au moment des mictions. Ces dernières sont très fréquentes, au point que le malade porte un urinal.

Amaigrissement considérable.

Signes physiques. — Le bas-fond de la vessie a perdu sa souplesse: il est bosselé, et par la palpation bimanuelle, il semble sortir quelque chose en relief du côté droit. L'exploration de la vessie avec la tige à boule fait percevoir un choc, qui donne l'illusion d'un calcul, mais que l'examen avec l'explorateur métallique nous révèle être des colonnes charnues.

Opération et résultats immédiats. — Opération le 8 juillet 1892, cystotomie hypogastrique. Malgré une narcose profonde, la vessie se laisse difficilement distendre par le liquide. L'examen intra-vésical, pratiqué avec le doigt et le regard, ne montre d'abord que des colonnes saillantes et très dures sur le bas-fond. Mais bientôt je découvre, sur le côté droit du col, deux végétations polypiformes s'implantant par un pédicule du volume d'une plume de corbeau. Le pédicule arraché, sa surface est vigoureusement cautérisée au thermo-cautère. Pas de drainage hypogastrique.

Suture de la vessie et de la paroi abdominale, sonde de Pezzer.

Pendant dix jours, tout va bien du côté de la plaie vésico-abdominale, que l'on peut croire fermée; mais à ce moment survint de la tension, de la douleur, et elle se rouvrit.

Examen histologique. — La néoplasie est formée de deux végétations polypiformes, naissant d'un même pédicule et s'épanouissant en forme de cotylédons.

Résultats éloignés. — Le malade, soulagé tant que la fistule hypogastrique persiste ou que la sonde à demeure reste en place, se mit à souffrir et à avoir des urines purulentes dès qu'il voulut uriner seul.

Sa santé générale, un moment améliorée, s'altéra de nouveau et le malade succomba deux mois après l'opération.

A l'autopsie, vessie très petite. L'incision de la taille est parfaitement cicatrisée. Ses parois sont épaisses, lardacées. Muqueuse noirâtre et violacée par places, épaissie, molle et friable. Uretère et bassinets dilatés et renfermant de l'urine purulente. Rein augmenté de volume et présentant des abcès multiples. La pièce ayant été égarée, l'examen histologique n'a pu être pratiqué. Mais, étant donné l'aspect macroscopique, nous pensons qu'il s'agissait d'un épithélioma infiltré.

Observation V (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

H..., âgé de quarante-sept ans.

Début de la maladie, il y a dix-huit ans.

Symptômes fonctionnels. — Difficulté à émettre les urines; miction retardée et lente; pas d'envies fréquentes, ni impérieuses. Pas de pus, pas de sang. Il y a un an, la gêne pour uriner est devenue plus grande, le malade est obligé de s'accroupir et de pousser fortement pour vider sa vessie ; besoin d'uriner plus fréquent que d'habitude, se lève deux, trois fois la nuit. Deux ou trois fois par mois, d'une façon très irrégulière, il urine du sang pendant deux ou trois jours et

ce phénomène disparaît tout d'un coup ; les urines redeviennent incolores, claires et limpides. Elles n'ont jamais été troubles, ni purulentes, mais parfois le malade a remarqué qu'elles renfermaient des morceaux filants. Le malade dit souffrir depuis quelques jours dans le rein et le long de l'uretère droits. Ces douleurs s'accentuent surtout quand le malade urine sans sonde. La pression sur l'hypogastre n'est pas douloureuse. Les testicules et les épididymes sont sains ; la prostate est bosselée. Ces bosselures sont volumineuses, implantées par une large base et ont la consistance du tissu prostatique. L'embonpoint du malade ne permet pas de pratiquer effectivement la palpation bimanuelle. Le bec de l'explorateur métallique manœuvre librement dans l'hémisphère gauche de la vessie, mais ces mouvements sont entravés dans l'hémisphère droit, qui paraît occupé par une volumineuse tumeur molle. La vessie, lavée, saigne dans la sonde.

L'examen au cystoscope pratiqué par un chirurgien de Paris et répété par moi-même ne fournit aucun renseignement, la coloration des urines ne permettant pas un éclairage suffisant.

Opération. — Le 28 mai 1893, on incise la paroi abdominale ; le doigt introduit dans la vessie et dirigé vers le col découvre immédiatement le néoplasme se composant d'une grosse masse insérée sur le côté droit du col et d'une série de végétations plus petites embrassant toute sa partie inférieure en forme de fer à cheval. Section du pédicule de la tumeur qui a environ un centimètre de diamètre. Abrasion des autres petites tumeurs avec des curettes tranchantes. Les points d'implantation sont cautérisés au thermo-cautère à la faveur d'un éclairage électrique. Tubes de Guyon-Périer et suture de la vessie et des plans sus-jacents.

Les tubes sont enlevés au bout du dixième jour et remplacés par une sonde à demeure. Celle-ci est enlevée au bout du dix-septième jour et tout va bien pendant dix jours. Mais à ce moment, le malade est pris de fièvre, de tension du côté de la cicatrice qui laisse passer un

peu d'urine. La sonde à demeure est replacée pendant huit jours, puis définitivement enlevée. Le malade se lève dans le courant de la semaine qui a suivi l'opération. Guérison opératoire.

Suites éloignées. — Dès le lendemain de l'opération, les hématuries cessèrent, la sonde enlevée, le malade urina seul. Cependant de temps à autre, il éprouva quelques difficultés dans la miction, et la douleur se prolongeait presque dans l'uretère droit et la région rénale. Le malade reprit néanmoins ses occupations, ayant seulement soin de se sonder lorsque la gêne de la miction devenait trop grande.

Au mois de novembre 1894, le malade s'aperçoit que ses urines sont un peu sanguinolentes à la fin de la miction. Ce phénomène qui se reproduit une fois tous les mois est peu accusé encore en février 1895, c'est-à-dire seize mois après l'opération. A ce moment les hématuries deviennent plus fréquentes ; les mictions sont plus difficiles et obligent le malade à se sonder à chaque miction. Il est pris de rétention par caillots, qui cèdent à l'aspiration. Il se sonde et vide bien sa vessie. Mais, après l'évacuation, elle reste volumineuse et je peux m'assurer par l'examen intra-vésical et la palpation bimanuelle qu'elle renferme une énorme tumeur pour laquelle je propose une autre opération que le malade refuse. La tumeur grossissant, la cicatrice éclate ; épanchement de pus et d'urine dans la cavité de Retzius. Le malade est sans fièvre et présente un état relativement satisfaisant.

Incision sur la cicatrice cutanée, un flot d'urine et de pus s'échappe. Mon doigt pénètre dans la vessie, y rencontre une énorme masse fongueuse que j'enlève en partie, laissant celle-là largement ouverte. La sécrétion de l'urine s'arrête aussitôt après l'opération, et le malade succombe à l'anurie en trente-six heures.

Durée totale de l'affection : vingt ans.

Observation VI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

Homme, quarante-trois ans.

Date d'origine de la maladie, vingt-six ans.

Hématurie sans aucun autre trouble de la fonction urinaire pendant vingt-deux ans. Ces hématuries qui durent de deux à trois jours, en moyenne, surviennent sans cause et disparaissent de même ; d'abord espacées irrégulièrement de quelques semaines, elles sont devenues plus rapprochées et ont plongé le malade dans un état de pâleur excessive.

En février 1891, les hématuries redoublent de violence, deviennent subsistantes. Elles durent depuis dix jours lorsque je suis appelé à voir le malade. Je fais entrevoir l'urgence d'une intervention si l'hématurie ne cesse pas. Deux jours après je suis appelé pour faire l'opération, mais dans la nuit l'urine a repris subitement ses caractères normaux. Etant donnés cette amélioration et l'état de faiblesse du patient, je ne crois pas devoir opérer. Pendant trois ans, le malade auprès duquel je ne suis pas rappelé, a à diverses reprises des hématuries de quelques jours de durée, mais ne mettant pas ses jours en danger, lorsque le 10 mars 1894 il est pris d'une hémorrhagie vésicale dès ses débuts plus intense que les autres et pour laquelle il ne fit d'abord rien, puis prit du matico, de l'eau de Léchelle, de l'ergotine et autres hémostatiques.

Le 12 avril, plus d'un mois après le début de l'hématurie, je suis appelé en consultation. Bien que le malade ait perdu beaucoup de

sang et soit très pâle, son pouls est assez bon, pas de souffle cardiaque, et je crois devoir proposer une opération pour mettre un terme à l'hématurie. On attend encore dix jours et ce n'est que le 22 avril que je suis appelé à intervenir. Avant d'opérer je préviens la famille de la possibilité de voir le patient succomber au cours de l'opération.

N'ayant été appelé auprès du malade que dans le cours de ses hématuries, je ne fis qu'un examen peu prolongé de la cavité vésicale avec la sonde métallique; cet examen ne me révéla aucun relief. Par la palpation bimanuelle il me sembla sentir de l'empâtement et un épaississement de la vessie du côté droit.

Opération, le 22 avril 1894. — Ouverture sus-pubienne de la vessie. Le doigt rencontre, flottant dans la cavité vésicale, une tumeur du volume d'une noix recouverte de sa coque, rattachée par un pédicule du volume du petit doigt sur le côté droit du bas-fond. Section du pédicule avec la pince coupante; saignement assez abondant arrêté avec une pince hémostatique et le tamponnement pendant quelques minutes. La vessie ne saignant plus est éclairée avec une petite lampe à incandescence; je découvre quatre petites masses du volume d'un porte-plume, renflées à leur extrémité libre et insérées dans le voisinage de la tumeur principale; je les enlève au galvano-cautère; malgré cette précaution les surfaces de section saignent abondamment. Comme le malade est très affaibli, je ne cherche pas à faire l'hémostase et mettant rapidement les tubes de Périer-Guyon je bourre la vessie de gaze iodoformée. Le malade se réveille très calme malgré le tamponnement de la vessie, les tubes soutirent bien l'urine qui, d'abord assez rouge, est dès le soir à peine colorée; je revois le malade quarante-huit heures après, son état paraît excellent bien qu'il ait la face terreuse et qu'il ait un peu de dypsnée : son pouls est bon, 80; température 37° 1. A peine l'ai-je quitté qu'il commence à se plaindre de manquer d'air; soif vive, subdélire, le pouls devient très fréquent, les extrémités se refroidissent, et à sept heures du soir, soixante heures après l'opération, il succombe.

Observation VII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

L..., de La Bastide, femme âgée de quarante-huit ans. Début de la maladie remontant à six ans. Violentes douleurs dans la miction.

Cette observation n'a pu être suivie, la malade ne venant plus à la consultation.

Observation VIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

B..., de Tonneins, âgé de soixante-six ans.

Début de la maladie remontant à trois ans.

Hématurie spontanée de peu de durée il y a trois ans. Il y a un an et demi, nouvelle hématurie de peu de durée, et sans cause appréciable. Depuis quelques semaines le pissement de sang est intense, presque continu; par intervalles, les urines cessent d'être sanglantes, et sortent claires et limpides. Envies d'uriner fréquentes, douleurs au moment de la sortie des caillots.

Signes physiques. — Canal libre, la vessie se vide bien, les dernières gouttes introduites dans sa cavité sont teintées de rouge.

L'exploration à l'aide de l'instrument métallique ne révèle aucun néoplasme en relief; prostate légèrement hypertrophiée. La palpation bimanuelle fait constater un certain épaississement des parois de la vessie du côté gauche.

Evolution et terminaison. — L'exploration augmente l'hématurie, qui persiste les jours suivants sans pouvoir être arrêtée par les hémostatiques, la mort survient par affaiblissement progressif quinze jours après ma consultation. Durée totale de l'affection : trois ans.

Observation IX (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

P..., homme, de Bordeaux, âgé de soixante-huit ans.

Début de la maladie il y a un an.

Symptômes fonctionnels. — Hématurie sans cause, il y a un an ; elle a duré quatre jours. Depuis cette époque et à intervalles variant de un mois à deux mois et demi, les hématuries se sont reproduites, durant chaque fois de six à huit jours. Un jour, à la suite d'un voyage et d'un léger excès de table, le malade a eu une rétention complète, pour laquelle il me fait appeler après vingt-quatre heures de souffrances.

Signes physiques. — Une sonde en gomme n° 16 pénètre sans difficulté, et évacue 400 grammes d'un liquide rouge-brun, sans caillots. J'arrête là l'évacuation, et la complète par des sondages répétés et antiseptiques dans les trente-six heures.

A partir de ce moment le malade qui n'a pas de fièvre, et dont l'état général est excellent, se sonde régulièrement toutes les six heures. Les urines restent teintées avec des alternatives, plus ou moins foncées pendant plus de trois semaines, puis elles cessent complètement de contenir du sang. L'exploration de la vessie par l'explorateur et le toucher bimanuel demeure absolument négative, mais détermine un saignement assez abondant.

Evolution et terminaison. — De la dernière quinzaine de mai 1889 à 1893 le malade n'a plus une seule hématurie ; il se sonde, et se lave régulièrement avec l'eau boriquée. Je le considérais comme un prostatique lorsque en 1893 il me fait appeler. Je le trouve très amaigri, pâle, et pouvant à peine se tenir sur ses jambes. Ses urines sont noirâtres et fétides. En palpant la région hypogastrique je suis surpris de trouver une énorme tumeur simulant par son siège et sa

forme une énorme distension de la vessie par l'urine. Cependant, il n'y a pas de rétention, l'exploration intra-vésicale et le toucher bimanuel permettent d'affirmer que la vessie est remplie par une énorme tumeur solide. Le malade meurt avant qu'on ait pu l'opérer. L'autopsie n'a pu être faite.

Durée totale de l'affection : cinq ans.

Observation X (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

H..., âgé de cinquante-quatre ans.

Symptômes fonctionnels. — Hématurie subite il y a deux ans, à la suite d'un effort pour soulever une malle ? Depuis cette époque, les troubles dysuriques consistent en besoins fréquents d'uriner, douleurs à la fin de la miction et souvent hématuries terminales.

A certains moments les urines sont troubles, purulentes et glaireuses; mais ordinairement, elles sont limpides et ne contiennent du sang que dans les dernières gouttes émises.

Signes physiques. — L'examen de la région rénale est négatif; la vessie, tolérante, se laisse distendre par une injection boriquée qui revient incolore en grande partie, les dernières gouttes étant assez fortement teintées en rouge. A l'explorateur métallique, la vessie est épaissie, à gauche et près du bas-fond. Cet épaississement est également constaté par la palpation bimanuelle.

Evolution et terminaison. — Le malade entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Lanelongue, et quelque temps après, il est opéré d'une tumeur siégeant à gauche et en arrière du trigone. Guérison opératoire, j'ignore ce que le malade est devenu.

Observation XI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

H..., âgé de cinquante-six ans, malade depuis six mois.

Symptômes fonctionnels. — Envies fréquentes d'uriner, surtout la nuit; urines troubles avec dépôts assez abondants, mais non sanglantes. Le malade a beaucoup maigri, et s'est affaibli énormément.

Signes physiques. —Vessie très distendue, se vide incomplètement. Prostate non augmentée de volume, lisse, régulière. Le bas-fond a perdu de sa souplesse régulière, et présente par places des noyaux que l'on sent très bien en combinant la palpation hypogastrique avec le toucher rectal.

Suites. — Malade perdu de vue.

Observation XII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson.)

Malade âgé de cinquante ans, a ressenti des douleurs dans le bas-ventre il y a un an.

Jamais de blennorrhagie, ni aucune affection des organes génito-urinaires. Il y a un an, hématurie sans cause appréciable ; cette hématurie dure quelques jours, puis l'urine reprend sa coloration normale. Il y a deux mois, nouvelle hématurie, survenue également sans motif. Troisième hématurie remontant à huit jours, a eu les mêmes caractères que les deux précédentes. En dehors de ces crises les urines sont toujours claires, limpides, et ont leur coloration habituelle. Aucune douleur, aucun trouble de la miction.

Signes physiques. — Au toucher rectal, prostate souple, lisse, sans aucune augmentation de volume. L'examen de la vessie est négatif.

Suites. — Malade perdu de vue.

Observation XIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson).

R..., âgé de soixante-quatre ans, malade depuis deux ans.

Hématurie spontanée il y a deux ans, s'est reproduite depuis, à différentes reprises, à des intervalles, d'abord éloignés, puis de plus en plus rapprochés. En dehors du pissement de sang, les urines ont leurs caractères normaux ; le malade n'a jamais ressenti aucune douleur depuis le commencement de sa maladie.

Signes physiques. — La vessie se vide bien, lorsque je l'examine les urines sont incolores mais, lorsque je presse sur la vessie pour évacuer les dernières gouttes, avec la sonde, elles sortent teintées en rouge. Sur le côté droit de la vessie, je sens une induration et un certain relief.

Au toucher rectal, la prostate, lisse, paraît un peu augmentée de volume. La palpation bimanuelle fait sentir que la paroi gauche de la vessie a perdu de sa souplesse, et qu'elle forme tumeur.

Suites. — Le malade perdant du sang depuis plusieurs semaines, lorsque je le vis, était complètement affaibli. Je lui proposai une opération palliative, pour mettre un terme à l'hémorrhagie, la cystotomie sus-pubienne, mais le malade refusa.

Six semaines après, le malade succomba, à l'affaiblissement progressif déterminé par des hématuries continuelles. Durée totale de la maladie : deux ans.

OBSERVATION XIV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DONNADIEU.)

Mme B..., cinquante-deux ans. Entrée à l'hôpital le 27 mai 1895.

Antécédents héréditaires. — Pére mort d'une pneumonie, mère morte à cinquante-trois ans d'un athsme, une sœur morte de la variole.

Antécédents personnels. — Réglée à seize ans, rougeole, fluxion de poitrine à dix ans, fièvre typhoïde à quatorze ans, cholérine à quarante ans, ménopause à cinquante ans.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, la malade a remarqué que ses urines paraissaient troubles, visqueuses, puis leur odeur est devenue fétide. Au bout d'un an, elle commence à souffrir d'élancements continuels, en même temps apparaissent des hématuries tous les cinq, six, huit jours. Plus tard il y a incontinence; l'urine, fétide, s'écoule goutte à goutte du méat. La malade est en même temps très constipée et ne va à la selle que par lavements.

Cet état s'aggrave peu à peu, la malade maigrit beaucoup, l'appétit va en diminuant. Enfin huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade, en se levant, s'aperçoit qu'elle ne peut se tenir sur ses jambes.

État du système nerveux.

Sensibilité. — La face interne des cuisses, la face antérieure des jambes sont complètement insensibles. Les faces supérieure et inférieure du pied, la face postérieure de la jambe et de la cuisse, sont l'objet d'une notable diminution de la sensibilité. La malade, priée de

désigner le point piqué, fait souvent dans cet acte des écarts de plusieurs centimètres.

La chaleur et le froid sont perçus normalement. Les jambes croisées conservent leur sensibilité propre.

Dans toutes ces perceptions on note un retard variable pouvant atteindre plusieurs secondes.

Motricité. — La motricité est conservée, mais la force musculaire est considérablement diminuée. La malade ne peut se porter sur ses jambes. La poussée obtenue par la propulsion du pied, la cuisse à demi fléchie sur le bassin, est des plus faibles.

Il y a dans ces faits une part à laisser à l'affaiblissement du système musculaire de la malade.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Il en est de même du réflexe du pied. La malade accuse une diplopie très nette ayant cessé dans quelques jours.

Sensation de froid très persistante le long du rachis.

Opération. — Incision de la vessie. Elle est infiltrée, pas de noyaux limités, ni surtout pédiculés. Le néoplasme forme des îlots saillants mais sessiles. Le noyau le plus considérable semble être situé sur la paroi postérieure à gauche de la ligne médiane. Cautérisation au thermo-cautère. Tubes de Guyon. Les urines restent rouges pendant plusieurs jours. Leur coloration diminuent insensiblement, et la malade sort de l'hôpital, très peu améliorée me semble-t-il.

Observation XV

(Due à l'obligeance de M. Pousson.)

M. J..., ancien militaire, âgé de cinquante-cinq ans, a toujours eu une bonne santé. Il a séjourné longtemps au Sénégal et n'y a jamais eu de fièvre. Pas de blennorhagie ni aucune autre affection vénérienne.

En 1882, il y a treize ans, à la suite de manœuvres à cheval, première hématurie abondante, qui se reproduit à trois ou quatre mictions, puis cesse. Quelques semaines après le malade éprouve quelques difficultés dans l'émission des urines; il rend à la fin quelques matières épaisses, glaireuses et surtout des sables blanchâtres, phosphatiques. Les divers médecins qu'il consulte à cette époque soupçonnent l'existence d'un calcul, mais le cathétérisme plusieurs fois répété n'en fait point rencontrer; et le malade est considéré comme atteint de cystite et soumis à des lavages boriqués.

Sous l'influence des explorations intra-vésicales et des lavages, les symptômes, loin de s'amender, ne font que s'aggraver. Les besoins d'uriner deviennent très fréquents et très douloureux, surtout à la fin, les urines sont purulentes mais ne contiennent pas une grande quantité de sang; les hématuries, profuses au début, ont fait place à l'écoulement de quelques gouttes de sang à la fin des mictions.

Cet état dure deux ans environ, avec des phases parfois assez longues d'amélioration.

Dans le courant de 1884, nouvelles hématuries moins abondantes que les premières, mais de plus longue durée; elles cessent après quelques semaines, mais la cystite, qui s'est réveillée avec elles, continue intense et douloureuse. Le malade, privé de sommeil, perd l'appétit, il maigrit et s'affaiblit. Il quitte à ce moment Bordeaux pour aller habiter les bords de la mer. Tout traitement local est dès lors suspendu et M. J... se met à l'usage du lait. Peu à peu les symptômes vésicaux s'apaisent, les urines se clarifient et au bout d'un an, le malade, rentré à Bordeaux, reprend son service d'officier.

De 1885 à 1889, la santé de M. J... sans être excellente, est cependant assez bonne pour qu'il vaque à ses occupations et se contente pour tout traitement de quelques tisanes, de quelques balsamiques. De temps en temps, il a bien un peu de sang dans ses urines, il rend aussi des graviers phosphatiques, mais comme il ne souffre que très peu, il ne s'en inquiète guère.

Au mois de juin 1839, les symptômes vésicaux ayant repris une certaine intensité, le malade fait appeler pour la première fois le docteur Pousson en consultation. A ce moment les urines contiennent une assez grande quantité de filaments purulents et laissent se former un dépôt pulvérulent non glaireux ni filant; elles ne sont pas rouges mais renferment toutefois un peu de sang qui sort avec les dernières gouttes. Les mictions sont très douloureuses à la fin, il semble qu'un fer rouge traverse la portion périnéale du canal. Canal libre dans toute sa traversée, très sensible au niveau du segment prostatique; l'explorateur à boule ramène un peu de sécrétion purulente sur son talon. La vessie, assez tolérante à la distension, reçoit 300 grammes environ de la solution boriquée, qui ressort incolore, sauf les dernières gouttes qui sont fortement teintées en rouge. Explorée avec l'explorateur métallique, la vessie paraît saine, sans relief intérieur, sans épaississement. La prostate est très légèrement augmentée de volume dans son ensemble mais sans bosselures, sans induration. Le toucher rectal combiné à la palpation hypogastrique ne révèle aucun épaississement de la vessie. L'état général du malade est assez satisfaisant, peu d'amaigrissement.

Tout en faisant de fortes réserves sur l'existence possible d'un néoplasme de la vessie, le docteur Pousson porte le diagnostic d'uréthro-cystite probablement consécutive à une infection par les cathétérismes antérieurs, et prescrit des instillations de nitrate d'argent.

Celles-ci ne produisent que bien peu d'amélioration quoiqu'elles soient régulièrement faites pendant plus de six mois. A la fin de 1889, M. J... ayant eu son changement de garnison, les instillations sont interrrompues et le malade est mis à l'usage de tisanes émollientes.

Pendant les deux ans et demi qu'il reste dans cette nouvelle garnison son état semble subir une certaine amélioration : les phénomènes d'uréthro-cystite s'amendent notablement, mais il survient de temps à autre des crises hématuriques contre lesquelles on prescrit des

dragées d'ergotine. Durant ce temps M. J... fait deux saisons à Capvern et en retire à son dire un grand bénéfice.

En 1893, le malade, qui est revenu habiter Bordeaux, est pris de nouveau de douleur en urinant, de fréquence des mictions en même temps que ses urines se troublent, deviennent purulentes et sanguinolentes. Elles contiennent aussi fréquemment des mucosités épaisses qui donnent au doigt la sensation de graviers et se résolvent en poussière phosphatique lorsqu'elles se dessèchent.

Le docteur Pousson rappelé près du malade, trouve toujours une très grande sensibilité de la traversée prostatique qui saigne très facilement; les dernières gouttes de liquide sortant de la vessie sont surtout teintées en rouge. La sonde exploratrice fait percevoir des rugosités de la surface interne de la vessie du côté gauche; le col de ce côté paraît épaissi. Au toucher bimanuel après évacuation de la vessie l'organe paraît épaissi de ce côté. Le diagnostic de néoplasme vésical s'impose de nouveau à son esprit; cependant il conserve un doute et au cas où il ne s'agirait que d'une uréthro-cystite il recommence à pratiquer des instillations. Aucune amélioration n'ayant été obtenue, il propose la cystotomie, représentant au malade et à sa famille que si la tumeur soupçonnée n'existe pas, l'ouverture de la vessie fera disparaître la douleur, permettra de désinfecter le viscère et qu'ainsi les lésions pourront guérir.

Avant de se laisser opérer M. J... désire aller consulter à Paris (mars 1894). Après examen, le chirurgien consulté porte le diagnostic d'uréthrite postérieure et de cystite du col et conseille de continuer les instillations en y joignant des lavages nitratés de la vessie. Cette médication logique ne donne pas plus de résultats que celle précédemment faite. Au mois d'octobre 1894, M. Pousson examine la vessie à l'endoscope et constate la présence d'une tumeur insérée sur le côté gauche du col. Il propose à nouveau et avec plus d'insistance, l'ouverture de la vessie. Le malade hésite encore et désire une nouvelle consultation.

Le chirurgien appelé, sans rejeter l'idée d'une néoplasie vésicale, incline plutôt vers le diagnostic de cystite, et conseille la mise à demeure d'une sonde et des lavages boriqués et nitratés. Ce traitement qui semble d'abord procurer une certaine amélioration doit être bientôt abandonné, car la sonde qui n'est supportée qu'avec peine en temps ordinaire est expulsée violemment de la vessie lorsqu'on essaye d'injecter un peu de liquide.

Le malade passe ainsi misérablement les mois de décembre 1894, janvier et février suivants, le plus souvent au lit, ne sortant que rarement de sa chambre. Les symptômes dominant pendant ces trois mois sont surtout la fréquence et les douleurs terminales de la miction, les urines sont troubles, purulentes, mais contiennent relativement peu de sang. Au commencement de mars, les phénomènes douloureux atteignent une telle intensité que M. J... se décide tout à coup à se faire opérer.

L'opération est pratiquée par le docteur Pousson, le 14 mars. Cystotomie sus-pubienne longitudinale dans la position inclinée de Trendelenburg, après introduction préalable du ballon de Petersen. Les deux lèvres de l'incision vésicale supendues par des fils, et écartées à l'aide des écarteurs de Bazy, on découvre sur le côté gauche de la vessie une tumeur du volume d'une petite mandarine implantée par un pédicule du diamètre du pouce, de consistance molle et friable, le néoplasme se déchire pendant les manœuvres pratiquées pour reconnaître le pédicule. Ce dernier est sectionné à la pince coupante, et sa surface qui saigne abondamment est cautérisée au thermo-cautère. Un assez grand nombre de végétations poussant dans son voisinage sont également détruites au fer rouge. Tubes de Guyon-Périer, et fermeture de la vessie de la paroi abdominale au-dessus et au-dessous des tubes.

Suites simples, pas de fièvre. Le malade est seulement tourmenté pendant dix à quinze jours par des poussées violentes du côté du rectum, que l'on attribue à la distension par le ballon de Petersen.

Dès le lendemain de l'opération les urines ne contiennent plus de sang et deviennent moins louches. Les tubes sont laissés en place six semaines, mais durant ce temps, ils ont dû être enlevés et replacés plusieurs fois à cause des incrustations. La plaie se cicatrise très vite en moins de six jours, bien que M. J... ne se sonde pas. Lorsqu'elle est complètement fermée, le malade a quelques mictions extrêmement douloureuses, mais ces douleurs cèdent à l'emploi du santal.

Deux mois après l'opération, M. J... va achever sa convalescence à Royan, où il passe quinze jours. De retour à Bordeaux il reprend ses occupations assez actives d'architecte-expert des tribunaux et fait plusieurs voyages en chemin de fer sans fatigue.

A la fin d'août, les mictions deviennent un peu plus fréquentes et douloureuses, en même temps que les urines sont un peu teintées à la fin et renferment ces matières glaireuses incrustées de sels calcaires des premiers temps de la maladie. Le malade qui se rappelle l'amélioration survenue à la suite de ses saisons à Capvern, quelques années auparavant, y retourne de sa propre autorité. A peine a-t-il bu quelques verres d'eau, que ses douleurs augmentent et que le sang apparaît en grande quantité dans l'urine. Il revient alors en hâte à Bordeaux.

Depuis cette époque (milieu de septembre), le sang ne disparaît pour ainsi dire pas de l'urine, et les douleurs vont en augmentant. La sonde à demeure, comme l'année dernière, soulage pendant quelques semaines le malade, puis elle ne peut plus être tolérée. La palpation simple de l'hypogastre révèle une distension de la vessie bien qu'elle ne contienne plus d'urine, et il n'est pas douteux qu'il y ait récidive du néoplasme.

Le docteur Pousson propose une deuxième opération que le malade et la famille refusent d'abord puis finissent par accepter à la suite d'une consultation.

Cette dernière opération est pratiquée, le 16 décembre, par la voie

hypogastrique. Malgré l'opération antérieure, la vessie est facilement découverte et incisée. Le doigt introduit dans sa cavité reconnaît que toute sa surface interne est hérissée de végétations irrégulières, mamelonnées et sessiles. Les plus volumineuses sont abrasées à la pince coupante, les autres sont grattées à la curette tranchante, le thermocautère est promené sur la surface d'implantation des plus larges. La vessie saigne abondamment au cours de ces manœuvres, mais des irrigations d'eau très chaude arrêtent très vite l'écoulement. Tubes de Guyon-Périer et suture de la plaie au-dessus et au-dessous. Le malade souffre dans la journée du côté du rectum, comme après la première opération, les urines sont encore fortement teintées en rouge sombre, mais dès le lendemain elles commencent à reprendre leur coloration habituelle. Le malade n'a pas de fièvre.

Aujourd'hui, sixième jour après l'opération, les urines ne contiennent pour ainsi dire plus de sang, mais renferment du pus et des débris de tissus détachés de la vessie. Le malade n'a plus de douleurs vésicales, mais il se plaint toujours de poussées dans le rectum.

L'examen histologique de la tumeur n'a pas encore été pratiqué, mais elle ressemble macroscopiquement à la première qui était un épithélioma tubulé.

L'exposition des quinze observations nous permettra maintenant de discuter les différentes interventions et nous montrera quelle est la thérapeutique que l'opérateur doit instituer.

CHAPITRE II

De l'intervention chirurgicale.

1° Intervention tardive. — Quand on se trouve en présence d'un malade atteint de tumeur vésicale bien établie, faut-il intervenir immédiatement, ou bien rester dans l'expectative; bien entendu, si le malade ne présente aucun accident grave.

Quand on intervient faut-il toujours tenter la cure radicale dans tous les cas, ou bien faut-il le plus souvent intervenir palliativement?

Depuis les premiers succès opératoires obtenus par Billroth, en 1874, Bazy et Guyon, surtout après l'ère antiseptique, il n'est plus permis de discuter sur la possibilité de l'intervention chirurgicale, seulement si l'habileté chirurgicale du praticien est accrue par suite du développement des procédés antiseptiques, il ne faut pas oublier que dans ces

vingt-cinq dernières années, les études anatomo-pathologiques ont pris un très grand développement, elles nous ont ainsi permis d'avoir des données précises sur le genre des tumeurs que l'on trouve le plus ordinairement dans la vessie et leur mode d'évolution.

Il est certain que si l'on s'en tenait exclusivement à la division théorique des tumeurs de la vessie en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes, on ne devrait pas hésiter un seul instant à dire, qu'au moins dans les tumeurs de nature bénigne, il faut toujours intervenir, car on a toutes les chances de succès, non seulement opératoire, mais encore curatif.

Seulement le praticien ne doit pas oublier, quand il doit peser le pour et le contre, que si la plupart des tumeurs bénignes, tels les papillomes, doivent légitimer une intervention immédiate, il n'en est pas moins vrai que ces tumeurs dans certains cas se transforment en épithéliomas, soit avant une opération, soit en récidivant. Et chaque cas particulier, comme on le conçoit, doit avoir une indication particulière. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que les malades ne viennent trouver le praticien qu'à une époque assez éloignée du début de la maladie, c'est-à-dire, qu'ils viennent quand leur affection se manifeste par des symptômes assez alarmants pour inspirer quelques craintes. Car le malade supportera sans trop de gêne quelques douleurs, ou bien négligera quelques légers pissements de sang et ne s'inquiétera que si quelques mois, voire même quelques années après, ces symptômes deviennent plus accentués, les hématuries fréquentes et abondantes. Tout ceci nous conduit à penser que les tumeurs malignes, ou la transformation en tumeur maligne de tumeur bénigne, sont plus fréquentes qu'on ne croit et que le plus souvent lorsque le diagnostic est

établi la tumeur a déja produit un notable désordre dans l'organisme.

Alors comme les tumeurs de la vessie suivent les mêmes lois d'évolution que les tumeurs des autres organes, le mot guérison n'a plus, dans la plupart des cas, la signification de disparition complète de la lésion, sans aucune crainte de récidive, mais plus tôt la plus ou moins grande survie, que l'on donnera au malade en l'opérant.

Il arrive encore assez souvent que le malade se fait examiner à temps et l'on diagnostique sa tumeur assez tôt, ou bien à un moment où elle n'a pas encore donné lieu à des symptômes alarmants. Les symptômes peuvent être graves, soit que la tumeur soit bénigne, soit qu'elle soit maligne.

Il est certain alors que si la tumeur est bénigne, quel que soit son début, sa condition, qu'elle soit pédiculisée ou bien dont la base ne soit pas trop large même avec un peu d'infiltration, à condition toutefois qu'elle siège dans un endroit où elle soit facilement accessible, on doit intervenir avec presque toutes les chances de réussite pour soi.

Pour les tumeurs malignes, nous croyons que le professeur Pousson se trouve dans le vrai, lorsqu'il dit qu'il est prudent de ne pas intervenir de propos délibéré.

Dans les observations publiées jusqu'à ce jour, dans les quelques observations encore inédites que nous publions dans ce travail, dans les livres classiques, nous trouvons cités, des malades qui ont leurs tumeurs pendant des années, on cite des tumeurs dont le début remontait à vingt, vingt cinq, trente et trente-cinq ans. Dès lors, à quoi bon vouloir attaquer des tumeurs dont la lente évolution indique une grande bénignité, au point de vue symptôme, sinon au point de vue histologique ? Dans ce cas, même si la tumeur est pédiculisée, assez petite, peut-être ferait-on mieux d'attendre.

Ne pourrait-on pas croire que si on ne l'enlevait pas tout entière, cette tumeur prendrait un développement plus rapide après avoir donné un semblant de guérison. Qui nous dit que si on ne l'avait pas opérée, elle aurait évolué lentement comme dans le passé ?

A ceci on pourrait, il est vrai, objecter la possibilité de voir d'un jour à l'autre apparaître des symptômes alarmants, tels que des hématuries assez abondantes et répétées. Ceci est possible et cela se produit quelquefois. De plus, la tumeur peut avoir pour siège la portion antérieure de la vessie, ou une autre partie facilement accessible. Et on comprend très bien que les chirurgiens, encouragés par l'aide de l'antisepsie, semblent essayer de prévenir ces symptômes et en même temps procurer une guérison complète à leur malade.

Dans ce cas, les opérateurs ont tout lieu de croire que leur malade se trouve dans les meilleures conditions pour subir une opération assez grave en elle-même avec beaucoup de chance pour la guérison définitive.

Mais, il faut remarquer qu'en général les observations que nous trouvons dans Albarran, dans les travaux publiés par M. le docteur Pousson, dans les quinze observations que nous publions, la tumeur n'est pas toujours pédiculée, et surtout son siège est dans la partie postérieure de la vessie, dans le bas-fond ou le trigone. Dans ces conditions, malgré la suture immédiate de la vessie, malgré l'antisepsie, on ne peut pas ne pas admettre qu'une extirpation complète devienne absolument grave. Alors pourquoi toucher à une tumeur dont les symptômes ne sont *nullement alarmants*.

En effet, dans les quelques observations que nous publions dans ce travail, nous pouvons remarquer que le siège de la tumeur, comme l'a fait remarquer M. Pousson dans sa communication au Congrès de chirurgie, se trouve dans la plu-

part des cas dans une partie de la vessie qui ne permet pas d'y accéder avec facilité.

Nous parlons seulement des tumeurs opérées :

1 au-dessus du trigone	Pédiculée
Bas-fond un peu à droite	Sessile
Bas-fond à droite	Pédiculisée
Col à droite	2 végétations
Col à droite	grosse tumeur avec petites végétations embrassant la partie inférieure du col de la vessie.
Col à gauche	Large pédicule s'étendant jusque dans le col

Végétations tapissant tout l'intérieur de la vessie.

Outre ce que nous enseignent l'observation et le raisonnement, nous pouvons interroger les statistiques parues au sujet d'opérations de tumeurs sur la vessie.

Dans cette question des tumeurs de la vessie surtout, on doit remarquer qu'il est fort difficile d'établir une statistique donnant des résultats sûrs. En effet, on compare, on met en ligne des éléments beaucoup trop dissemblables pour que l'on puisse arriver à des résultats certains.

Il faut, en outre, tenir compte de ce fait, que la plupart des observations introduites dans les statistiques appartiennent à des malades opérés assez longtemps après le début de leur maladie, ce qui rentre dans notre plan, car, de toute façon, le chirurgien est obligé le plus souvent de n'intervenir qu'en présence de symptômes assez graves, le malade ne désirant pas du tout, dans la majorité des cas, se faire opérer quand il ne souffre pas.

Dans ces conditions, les statistiques soit d'Albarran, soit

de M. Pousson, malgré le soin avec lequel elles ont été dressées, renferment tous ces desiderata.

Dans une première statistique dressée par M. Albarran, la survie des malades opérés par résection de la vessie donne les résultats suivants :

		TERMINÉS PAR		
		Guérison	Récidive	
Polypes	6 mois à 1 an	4		
»	1 an à 2 ans	4		
»	2 ans à 3 ans	3	1	3
»	4 ans à 5 ans	2		2
»	7 ans	1		

		TERMINÉS PAR		
		Guérison	Récidive	
Cancers	6 mois à 1 an	1	5	5
»	1 an à 2 ans	1	5	3
»	2 ans à 3 ans	1	4	4
»	5 ans			1

Sarcomes. — La plus longue survie est de un an.

Myomes. — Après plusieurs récidives, deux malades allèrent bien deux ans après la première opération.

Nous remarquons que les polypes, au nombre de 10, paraissent guéris après un an.

Les cancers fournissent des résultats moins brillants.

On a deux malades ne paraissant guéris que après un an et trois ans. Toutes ces prétendues guérisons sont d'ailleurs

trop rapprochées de la date de l'opération, comme le constate M. Albarran lui-même.

Les sarcomes donnent des résultats bien peu encourageants. Quant aux myomes, ils récidivent très facilement.

On le voit, cette statistique ne prouve qu'une chose, c'est que l'intervention a été tardive et employée, comme le dit Albarran, surtout dans un but palliatif, le début de la maladie devant dater de longtemps.

La statistique offerte par M. Pousson au dernier Congrès de chirurgie ne donne, il le constate lui-même, aucun enseignement d'ordre général. Elle est basée sur les quinze observations relatées dans notre thèse et que M. Pousson n'a pas publiées dans son rapport au Congrès.

Voici les résultats auxquels est arrivé M. Pousson.

1	malade	le consulte	6 mois	après	les premiers	symptômes.
4	—	—	1 an	—	—	—
3	—	—	2 ans	—	—	—
2	—	—	3 ans	—	—	—
1	—	—	6 ans	—	—	—
1	—	—	13 ans	—	—	—
1	—	—	18 ans	—	—	—
1	—	—	26 ans	—	—	—
1	—	—	30 ans	—	—	—

Dans ce total des 15 malades on est intervenu 7 fois. Pour ces 7 opérations on a fait l'examen histologique, 3 papillomes, et le reste des épithéliomas.

Ce tableau montre tout d'abord que l'envahissement de ces tumeurs s'est produit sans déterminer pendant plusieurs années aucun affaiblissement chez nos malades, qui n'ont

été opérés par conséquent qu'à la suite de symptômes alarmants, comme le prouvent nos observations. Une opération immédiate dès le début aurait-elle guéri radicalement ces tumeurs, *qui sont toutes malignes?* Nous en doutons. Pour nous, il y aurait eu récidive avec marche plus rapide peut-être dans la suite.

Maintenant, si dans les quinze observations nous comparons la survie des malades opérés et celle des malades non opérés, nous obtenons les résultats suivants :

La survie est de 1 an 4 mois et 2 semaines pour ceux chez lequels on est intervenu, et 1 an 2 mois et 3 semaines pour ceux chez lesquels on s'est abstenu.

« Ces résultats, dit M. Pousson dans son rapport, paraissent, de prime abord, bien peu favorables au principe de l'intervention dans les néoplasmes vésicaux, mais si on considère que les malades non opérés ont succombé aux hématuries et à l'épuisement, et que les accidents ont été conjurés par l'opération chez ceux de la seconde série, on ne pourra s'empêcher d'attribuer à l'intervention la prolongation de l'existence de ces derniers. »

De toutes ces discussions sur l'opportunité de l'intervention tardive ou précoce, nous croyons pouvoir arriver aux conclusions suivantes :

1° Dans les tumeurs bénignes telles que les papillomes, dans les tumeurs malignes, petites, bien pédiculées, à parois vésicales non infiltrées, facilement accessibles, l'intervention immédiate est de mise.

2° Cependant dans le plus grand nombre de cas, nous partageons l'opinion de M. le professeur Pousson, c'est-à-dire l'attente et l'intervention dans les cas où les symptômes deviennent plus graves.

Nous résumons les faits sur lesquels nous basons cette

opinion : la lente évolution d'un grand nombre de tumeurs, leur siège dans une région peu accessible le plus souvent (bas-fond, trigone, partie postérieure); la nature des tumeurs, maligne le plus fréquemment. Il y a par conséquent toujours lieu de craindre d'activer la marche par une opération où l'on n'enlèverait pas toute la tumeur.

Maintenant que nous croyons avoir suffisamment défendu l'intervention non immédiate, il est de notre devoir de discuter par quel moyen on interviendra quand on se décide pour une opération, soit curative, soit palliative.

CHAPITRE III

Différents modes d'Intervention.

Toute tumeur de la vessie est maligne ou peut le devenir, par conséquent nous avons dit qu'il faut intervenir quand les symptômes deviennent menaçants pour la vie du malade. A ce moment le chirurgien doit intervenir palliativement ou bien essayer la cure radicale. Or la cure radicale des tumeurs malignes de la vessie, comme d'ailleurs toutes les cures radicales des tumeurs, est plutôt théorique, bien que l'on se place dans les meilleures conditions opératoires et la récidive a lieu le plus souvent.

De plus, dans la vessie la cure radicale est très difficile par suite de la difficulté qu'il y a d'extirper toutes les parties de la tumeur. D'un autre côté, l'envahissement des parois vésicales, des ganglions lymphatiques, nié d'abord, admis maintenant, le siège, le plus souvent dans une partie difficilement accessible, rendent la cure radicale très problématique.

Mais si à la rigueur on arrive à extirper toutes les parties de la tumeur, n'arrive-t-il pas le plus souvent que l'on a déterminé un grand désordre dans l'organisme par suite des

rapports du réservoir urinaire et de son ablation en partie ou en totalité.

Les différents opérateurs qui se sont occupé de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes vésicaux ont conseillé et pratiqué différents modes de traitement pour arriver à faire la cure radicale.

Extirpation sans résection de la vessie.

Extirpation des tumeurs par les voies naturelles.

Résection partielle de la vessie.

Résection totale.

Ces différents traitements méritent-ils tous la faveur des chirurgiens ou bien ne sont-ils, au moins un, la cystectomie totale, une opération brillante, très grave, aléatoire, et dont la gravité ne serait pas compensée par les bénéfices que l'on serait en droit d'espérer?

L'extirpation de la tumeur sans résection de la vessie est celui des trois modes d'intervention que nous croyons le plus souvent possible et le moins grave, et, par conséquent, celui des trois qui devrait être le plus ordinairement employé.

Cette extirpation qui porte le nom de procédé de Guyon, nous ne la décrirons pas en détail, mais nous croyons devoir la résumer en quelques mots, pour mieux montrer pourquoi nous la préférons aux autres modes d'intervention radicale.

Ce procédé consiste dans la taille hypogastrique longitudinale, par conséquent comporte toutes les mesures prises pour faire l'extraction de calculs vésicaux par la taille, ballon de Petersen, injection de liquide dans la cavité vésicale.

Après avoir pénétré dans la vessie, on cherche à reconnaître la tumeur, à se rendre compte de son volume, de son siège. Dès que la tumeur est reconnue, on procède à son extirpation.

On place une pince sur le pédicule de la tumeur, deux si le pédicule est assez large. La pince doit être au ras de la muqueuse.

Lorsque la tumeur est saisie par la pince, si la tumeur est pédiculée ou pédiculisable par la traction, on l'extirpe au bistouri en incisant la muqueuse tout autour du pédicule et en disséquant ensuite la muqueuse de la musculeuse; l'hémorrhagie qui se produit est facilement arrêtée par la suture au catgut des bords de la muqueuse.

Si la tumeur est largement implantée, on recourt à l'anse galvanique. L'hémostase, dans tous ces cas, doit être parfaitement assurée, c'est pour cela que l'on peut employer, s'il le faut, le thermo-cautère.

On suture la vessie et on fait le drainage avec les tubes Périer-Guyon. On procède à la suture de la plaie abdominale ensuite et pansement.

Ce procédé d'extirpation de la tumeur a été admis par l'ensemble des chirurgiens en France. A l'étranger quelques opérateurs n'emploient pas le même procédé pour la découverte de la vessie, son ouverture et son drainage.

1° Trendelenburg fait une incision transversale de 6 à 8 centimètres immédiatement au-dessus du pubis, elle est recourbée pour éviter les canaux inguinaux. La vessie est incisée en travers.

Ce procédé a l'avantage de permettre une vue meilleure de l'intérieur de la vessie, le péritoine est à l'abri d'une blessure, même si la vessie est vide.

Seulement on a remarqué qu'à la suite de ce procédé il se produit facilement des hernies au niveau de la cicatrice.

2° Helferich arrive dans la vessie à travers la symphyse;

3° Koch fait une incision cruciale, une branche parallèle à la symphyse, l'autre passant par son milieu. Nous devons ajouter que Koch a opéré seulement sur le cadavre;

4° Simon, chez la femme, conseille la taille vésico-vaginale.

Tous ces procédés peuvent se résumer ainsi :

Faut-il employer la taille longitudinale ou transversale ?

Le procédé de Guyon paraît préférable à tout autre, car la la taille est maintenant par elle-même une opération inoffensive malgré la longueur de l'incision. Il permet la résection de la vessie et donne une grande aisance à l'opérateur. Toutefois, lorsque la tumeur est près du col, le procédé d'Helferich est préférable.

Les avantages du procédé dont nous avons esquissé un tableau sommaire, sont, croyons-nous, plus nombreux que ceux des autres procédés que nous examinerons plus bas.

La taille hypogastrique est applicable dans tous les cas. Si la tumeur est trop volumineuse, de manière que son extirpation soit impossible en totalité ou en partie, si après l'ouverture de la vessie on s'aperçoit que les parois sont infiltrées, elle devient, comme nous le verrons, une opération palliative. Le réservoir vésical conserve tous ses rapports. Par cela même, l'opération est très simple, et en somme ne présente pas de grandes difficultés; elle est certainement moins longue que la résection, ce qui est très important au point de vue des suites de l'opération.

L'emploi du ballon de Pétersen rend la blessure du péritoine nous pouvons dire impossible. Quant à l'infiltration d'urine, que l'on peut craindre comme dans les résections, elle est évitée à coup sûr par le drainage de la vessie d'après les règles établies par Guyon.

Comme complément au procédé de la taille dans les néoplasmes vésicaux, nous croyons devoir nous demander si l'on doit faire la suture totale de la vessie, pour obtenir une réunion par première intention, ou bien si l'on doit, conformé-

ment à une pratique plus prudente, se contenter de la suture partielle avec drainage par les tubes-siphons.

La réunion primitive, d'abord employée pour les blessures simples de la vessie, a été appliquée à la taille hypogastrique dans les cas de calculs, et n'a été employée dans les tumeurs vésicales que longtemps après.

Deux procédés sont employés :

1° La suture totale de la vessie sans réunion primitive de la plaie abdominale, avec drainage à travers une boutonnière périnéale, employée en Allemagne ;

2° La suture totale de la vessie et de la paroi abdominale. Ce deuxième procédé est, sans contredit, plus grave que le premier. Albarran, nous dit que Küster l'a essayé sans réussir dans deux cas, une fois même il y eut infiltration d'urine. Nous ajoutons que dans une de nos observations ce procédé a été employé avec la sonde de Pezzer, mais au bout de dix jours la tension survint et la plaie s'ouvrit.

En France, c'est Albarran qui, en 1891, a pratiqué le premier la suture complète de la vessie et de la paroi, après l'extirpation d'une tumeur. Il relate deux observations couronnées de succès.

D'après cet opérateur, si l'écoulement de l'urine est suffisamment assuré, on doit adopter la réunion primitive, car les cas où elle n'a pas réussi avec Antal, Küster et Bruns, dit-il, proviennent de ce qu'ils n'avaient pas assuré un drainage complet, qui est obtenu avec la sonde de Pezzer.

L'optimisme de M. Albarran, est basé sur les deux obsertions qu'il cite dans son ouvrage et sur la théorie suivante : Quelle que soit l'étendue de la tumeur, la réunion réussit au-dessus et au-dessous des tubes de Périer-Guyon, qui assurent un très bon drainage. Il s'agit donc d'une question de drainage: si ce drainage est bien fait ailleurs que par la plaie

de la taille, le résultat sera encore plus facile à obtenir. Pour lui, le drainage le plus complet se fait par l'urèthre.

Si la vessie malade se cicatrise encore assez facilement, nous ne devons pas oublier que jusqu'à présent la méthode de Guyon a l'avantage d'une longue expérience.

En outre, la réunion immédiate réussit quand on peut faire une hémostase complète qui assure l'absence de caillots dans la vessie. Or, dans la pratique, la plupart du temps le pédicule de la tumeur, ou bien sa surface d'implantation, sont trop larges pour nous permettre sans quelque imprudence de suturer complètement la vessie, car dans ce cas on n'est jamais sûr qu'il ne se produira pas un suintement sanguin qui déterminera la formation de caillots pouvant boucher les yeux de la sonde et amener une tension faisant céder la suture, et produisant quelquefois de l'infection par infiltration.

Ajoutons à cela que dans la plupart des cas on n'est jamais sûr d'avoir enlevé toute la tumeur et ne pas avoir produit une auto-intoxication. Dans ces cas, on comprend qu'il est plus que prudent de faire le drainage par la plaie vésicale.

Donc, pour nous, il ne faut pratiquer la suture complète de la vessie que dans les cas où la tumeur était petite, à base étroite, et où par conséquent l'hémostase a pu être assurée complètement. S'il est vrai que la suture complète peut anticiper de quelques jours la cicatrisation (quoique dans les observations rapportées par Antal on ait eu des fistules), il vaut mieux attendre un peu plus longtemps la guérison et être à l'abri des complications qui peuvent survenir si le drainage ne se fait pas parfaitement.

Voies naturelles.

Nous mentionnons uniquement l'extirpation par les voies naturelles pour dire qu'elle est le plus souvent impossible, et même dans les cas où la tumeur est très petite, elle n'offre jamais les mêmes garanties que l'extirpation par une large ouverture.

Chez la femme, à la rigueur, la dilatation de l'urèthre pourrait permettre un peu plus de facilité que chez l'homme.

Simon cite quelques observations à l'appui de ce mode d'intervention.

De la résection de la vessie.

Le traitement radical par résection partielle ou totale de la vessie dans les néoplasmes vésicaux, semblerait devoir être le traitement qui doit offrir le plus de garanties, seulement nous serons obligé de constater que si dans certains cas il peut être suffisant, il est toujours grave, encore nouveau, et malgré la faveur dont il semble jouir auprès d'une partie des opérateurs, il n'est pas toujours encourageant.

Avant d'entrer dans la pratique chirurgicale, la résection partielle ou totale de la vessie, a fait pendant quelque temps partie du domaine de l'expérimentation.

Après plusieurs expériences faites sur des animaux, chez lesquels on réséquait une partie de la vessie, on passa ensuite à la résection totale. Vincent, de Lyon, *Revue de Chirurgie* (juin et juillet 1881), Gluck et Zell, dans la même année ont tenté l'extirpation de la vessie sur des chiens,

l'opération réussit, à condition, disent-ils, que les uretères soient greffés non dans le rectum, mais dans l'urèthre ou l'abdomen.

Ficher obtint cinq guérisons sur huit chiens à qui il avait enlevé des portions considérables.

Snamenski, en 1884, fait une série d'expériences, et réussit dans les cas où il enlevait la paroi antérieure, et même les deux tiers de la vessie. Mais la mort, par péritonite, survenait quand il voulait dépasser les deux tiers.

Tous les expérimentateurs avaient remarqué que malgré toutes les précautions prises, l'abouchement des uretères dans le rectum déterminait la mort par infiltration d'urine, pénétration de matières fécales dans l'abdomen. M. Pousson, dans les *Annales des organes génito-urinaires*, de 1889, cite même le cas de Bordenhauer qui voyait ses animaux opérés ainsi succomber à la dilatation des uretères et à la pyélo-néphrite.

MM. Guyon et Albarran ont pu réséquer l'uretère, obtenir une atrophie du rein correspondant, sans déterminer la mort. Ceci est très important au point de vue des tumeurs vésicales. Donc, dans l'expérience, toute résection assez peu étendue du réservoir urinaire réussit, à condition d'aboucher les uretères dans un endroit autre que le rectum.

Gluck et Zell ont montré de plus que sur le cadavre on pouvait réséquer la vessie sans toucher au péritoine.

Ces résultats expérimentaux étaient encourageants, trop encourageants pour que l'habileté des chirurgiens ne cherchât pas à en tirer parti dans les tumeurs de la vessie. Nous verrons si l'espoir qu'ils avaient s'est réalisé.

Nous n'hésitons pas à dire que le succès n'est possible que dans certains cas assez peu nombreux, et que le nombre de résections pratiquées jusqu'à présent n'est pas encore con-

cluant, ou plutôt tendrait à diminuer beaucoup l'espoir que l'on avait fondé sur les résections de la vessie.

Clado, en 1894, a fait une étude sur la résection de la vessie, tendant à donner un manuel opératoire, basé surtout sur l'expérience, et tendant à rendre les résections vésicales moins dangereuses. Les procédés de Clado peuvent être bons, mais nous répétons qu'ils sont basés sur l'expérience chez les animaux.

Chez l'homme, on ne peut pas le nier, on ne se trouve pas dans les mêmes conditions pour réussir, c'est ce qui tend à nous démontrer que les résections doivent être le plus souvent rejetées, excepté dans certains cas que nous signalerons, mais malheureusement peu nombreux.

Cystectomie totale.

On cite une seule observation d'extirpation totale, suivie de guérison. C'est chez une femme opérée par Pawlick, en 1888, à la suite d'une récidive de polype pédiculé. Pawlick fit une vessie artificielle au-dessous du vagin et y aboucha les deux uretères. Deux ans après il eut le bonheur de pouvoir montrer sa malade guérie au Congrès international de Berlin, en 1890. Toutes les autres observations, celles de Bordenhauer, de Küster, furent très malheureuses.

Nous ferons remarquer que Pawlick nous dit que la femme qu'il opéra présentait un état de santé parfait, ce qui rendait l'opération moins aléatoire ; elle souffrait de quelques hématuries. De plus, le cours des urines amené dans le vagin est chose à laquelle la femme s'habitue facilement.

Chez la femme, les rapports de la vessie avec le péritoine permettent une extirpation plus facile que chez l'homme où

le cul-de-sac postérieur du péritoine est plus prononcé, et le voisinage du rectum et de la prostate en augmente les difficultés. Devant ce résultat, pourrait-on espérer qu'au moins chez la femme, on pourrait avoir la satisfaction d'obtenir la guérison complète après extirpation totale de la vessie. Nous ne le croyons pas. La cystectomie totale doit être bannie toujours chez l'homme, et presque toujours chez la femme.

Quand se décide-t-on à faire la cystectomie totale ?

Lorsque la vessie est envahie entièrement par une grosse tumeur, ayant déjà déterminé des désordres très graves, par conséquent à la gravité exceptionnelle d'une pareille opération vient s'ajouter l'état des malades, qui détruisent complètement tout espoir de guérison.

En effet, impossible de ne pas blesser le péritoine, difficulté d'aboucher les uretères. Les uretères eux-mêmes peuvent être envahis et obliger à les réséquer partiellement, envahissement des parties environnantes et sûrement infection ganglionnaire.

Toutes ces complications ne sont pas faites pour détruire la crainte d'un insuccès, au contraire.

2° Résection partielle.

Ce fut en 1884 que Sommenburg pratiqua pour la première fois la résection partielle de la vessie pour un fibro-sarcome de la paroi antérieure ; Sommenburg réséqua toute la vessie, le col, le trigone et les embouchures des uretères. L'opération fut très difficile, à cause de la difficulté qu'il y avait à attirer la vessie dans la plaie abdominale, le péritoine fut blessé ; malgré un bon résultat opératoire, le malade mourut un mois après l'opération de cachexie.

Depuis ce jour, Albarran a pu réunir vingt observations de résections partielles de la vessie.

En 1894, M. Bazy a obtenu deux autres succès en réséquant la vessie et abouchant les uretères à la vessie.

Sans vouloir décrire le manuel opératoire dans les résections de la vessie, nous devons rappeler les différents modes pour faciliter l'appréciation de ce genre de traitement.

La voie abdominale et la voie périnéale permettent d'arriver à la vessie pour la réséquer.

La voie périnéale, procédé Zuckerland, serait préférable dans la résection pour tumeur siégeant à la partie postérieure. Elle donne toutefois moins de jour que la voie abdominale.

Iserall l'a employée seule une fois sans succès, vu l'étendue de la tumeur.

La voie adominale est celle qui est le plus habituelle.

La résection est extra-péritonéale, péritonéale, de dedans en dehors.

A. **Résection péritonéale.**

Quatre opérations rapportées de résection péritonéale ont été malheureuses. La blessure du péritoine, très difficile à éviter dans la plupart des cas, est donc funeste dans les tumeurs de la vessie, malgré les moyens d'antisepsie dont on dispose.

Ce moyen reste donc abandonné.

Les expériences dont Clado veut tirer profit ne peuvent détruire les résultats des opérations sur les vivants. La plaie péritonéale s'infiltre rapidement et donne la mort. Clado explique les insuccès par l'infection préexistante, mais nous croyons, au contraire, que les manipulations, les difficultés

de l'opération, l'état peut-être du péritoine, la difficulté qu'il y a d'éviter, dans ce cas, la contamination par l'urine, expliquent les insuccès obtenus.

B. Résection extra-péritonéale.

Les régions de la vessie accessibles au bistouri sans ouverture du péritoine sont : la base et une partie des faces latérales depuis le cul-de-sac vésico-rectal jusqu'à l'urèthre, la face antérieure, depuis l'urèthre à un point variable. Le col est également accessible en dehors de la séreuse.

La résection de dedans en dehors rentre dans la résection extra-péritonéale.

Le siège de la tumeur peut être à la paroi antérieure, et dans ce cas la résection de cette paroi peut être assez facile et relativement peu grave. Cependant, des observations publiées par Von Antal, Czerny, Guyon, Gussembauer montrent que si on a obtenu des résultats opératoires, la récidive s'est reproduite chez le malade d'Antal au bout de six mois. Le malade de Czerny succomba au bout de deux mois; abcès péri-uréthral.

Le malade de Guyon avait une tumeur trop étendue.

Clado met une partie de l'insuccès sur le compte du décollement du péritoine, et prétend que si l'on peut se dispenser d'y toucher, le succès devient probable, et l'opération revêt tout au moins un caractère de bénignité. Il n'en reste pas moins acquis que les malades ont succombé, ou bien la tumeur a récidivé, et pourtant le siège de la tumeur était plus accessible que dans n'importe quelle autre portion de la vessie.

Nous devons pourtant relater que M. Legueu a obtenu un succès très durable en réséquant toute la portion antérieure

de la vessie pour une tumeur large comme une pièce de 5 francs. (*Ann. org. gén. ur.*, août 1894.)

Si le siège des tumeurs vésicales se trouve quelquefois à la paroi antérieure, dans le plus grand nombre de cas le siège est dans une région moins accessible au bistouri. Sans parler des faces latérales qui nécessitent un assez grand décollement du péritoine, que Clado croit facile, toujours d'après l'expérience sur le cadavre, nous savons que les tumeurs se trouvent souvent à la paroi postérieure, complètement adhérente au péritoine, à la base et au trigone, adhérente au rectum et à la prostate, enfin aux environs du col et quelquefois même sur le col.

Dans ces conditions, les difficultés opératoires sont très grandes et la résection de dedans en dehors par le procédé de Guyon paraît seule applicable.

La théorie enseignée par Clado paraît assez praticable, mais sur le vivant; elle n'en est pas moins très grave, car outre le désordre occasionné par l'extirpation de la tumeur, il faut, dans ces cas, s'occuper des uretères : ne pas les sectionner quand ils ne sont pas atteints, les réséquer et les greffer quand ils sont atteints, ou bien lorsqu'on enlève la région où ils débouchent.

La résection du col seul n'a jamais été pratiquée sur le vivant, toujours sur le cadavre.

Quand l'uretère est en cause, qu'il faut ou le réséquer et le greffer, on a le choix entre plusieurs endroits pour l'abouchement.

1° Le rectum : les opérations sur les animaux et sur l'homme ont toujours été funestes comme nous l'avons déjà dit.

2° Le vagin chez la femme : l'opération de Pawlick est une preuve de réussite, elle a été renouvelée par Bosc et a réussi.

3° L'abouchement cutané réussit, mais il est toujours une gêne, ce qui ne permet pas de l'introduire dans la pratique.

4° La greffe de l'uretère dans la vessie est celle qui a toujours le mieux réussi sur les animaux, et l'expérience sur le cadavre montre qu'elle est assez facile.

Quelques observations cliniques de Bazy, d'Albarran, malgré l'uréthro-pyélite, montrent que ce genre d'abouchement est le plus convenable. Si, sur le cadavre, il est assez facile d'amener l'uretère sur l'urèthre ou sur la paroi vésicale en est-il toujours ainsi sur un malade atteint de tumeur vésicale? Car il faut commencer par dégager l'uretère de toutes ses connexions vésicales, réséquer la base de la vessie et la suturer ensuite. En admettant la suture facile, on ne peut pas prétendre que le dégagement de l'uretère entouré par une tumeur et atteint souvent lui-même, soit praticable dans tous les cas, sa recherche est souvent très difficile malgré le cathétérisme, conseillé par Clado, qu'il a toujours fait d'ailleurs sur le cadavre. Dans une vessie à la base couverte par une tumeur, ce qui est assez fréquent, ces opérations sur l'uretère deviennent extrêmement délicates, particulièrement graves par suite de l'écoulement de l'urine sur le péritoine.

Il n'y a que chez la femme que cette opération puisse être plus facile et moins dangereuse par suite de l'abouchement de l'uretère dans le vagin.

MM. Albarran et Guyon ont lié l'uretère d'un chien, l'ont réduit dans l'abdomen et ont obtenu une atrophie du rein correspondant, seulement cette méthode n'a pas encore été appliquée à l'homme; il est probable qu'elle entraînerait une hydronéphrose qui nécessiterait l'ablation du rein.

En nous résumant, nous disons avec Clado que l'idéal de la résection de la vessie consiste :

A. Enlever le néoplasme et toute la partie circonférencielle

de la paroi vésicale assez loin de l'aire d'implantation pour n'avoir plus à craindre l'infiltration néoplasique.

B. Enlever la totalité de l'épaisseur de la paroi.

C. Pratiquer ces manœuvres de façon à éviter l'infection des régions péri-vésicales voisines, soit le tissu cellulaire, soit surtout le péritoine.

Cet idéal qui, en théorie, paraît réalisable presque toujours ne se trouve réalisé en ce qui concerne le premier *desiderata* que lorsque la tumeur est petite, la paroi infiltrée dans une petite étendue et lorsque le siège est à la partie antérieure. Or ces cas se présentent rarement ; en général, on ne peut être jamais sûr d'enlever toute la tumeur, et l'exemple des observations de résections nous montre que si l'opération est assez bénigne et donne un résultat opératoire satisfaisant, la récidive arrive presque toujours. Quand la tumeur siège à la partie postérieure, outre la gravité de l'opération à cause des uretères, du voisinage du rectum et de la prostate chez l'homme, nous avons à plus forte raison le droit de nous méfier, au sujet de l'extirpation complète.

De plus, vu les manipulations survenant dans le cours de l'opération, sa longueur, malgré l'antisepsie et l'habileté de l'opérateur, il est bien évident qu'il est difficile d'empêcher l'infection des organes environnants, et quelquefois leur blessure, celle du péritoine surtout. Ses rapports avec la vessie, malgré la théorie qui veut que dans plusieurs cas on puisse éviter sa blessure, rendent souvent les précautions inutiles, car il est nécessaire de faire quelquefois un petit décollement. Or, le décollement et la blessure du péritoine dans les tumeurs vésicales engendrent facilement une péritonite mortelle.

Donc, il nous semble que les résections ne donnent pas les résultats curatifs que nous devions attendre de la théorie et les résultats opératoires sont très souvent assez malheureux.

Dans l'ouvrage de M. Albarran sur les tumeurs de la vessie, nous trouvons une statistique de 20 résections partielles, qui nous donnent :

Dans 11 cas, 1 survie variant de vingt-quatre heures à six mois.

La mort est survenue à la suite de récidive, de péritonite, hématurie, pyélo-néphrite.

La guérison se prolonge chez quelques opérés au-delà de un an avec fistule pour un malade, et commencement de récidive pour les autres. 2 malades n'ont pas été suivis assez longtemps.

Ces résultats, comme on le voit, ne sont pas encourageants; malgré le caractère malin des tumeurs et la certitude de la mort des malades à une date plus ou moins éloignée, les résections doivent être réservées, croyons-nous, pour des cas malheureusement trop rares. Et la prudence nous invite à nous rallier dans la majorité des circonstance au traitement palliatif envers les tumeurs vésicales qui sont presque toujours des *noli me tangere* au même titre que les épithéliomas de la face.

Traitement palliatif.

Le traitement palliatif tire son indication de celui des symptômes dont la gravité menace le plus la vie du malade. Il a surtout pour indications la répétition des hématuries, puis la cystite.

La taille hypogastrique suffit la plupart du temps à arrêter les hémorrhagies. Dans les sept observations que nous a communiquées M. Pousson, le traitement par la taille hypogastrique a été souvent accompagné d'un grattage de la tumeur avec cautérisation au thermo-cautère.

Les résultats obtenus par ce traitement, institué à des moments où la maladie se manifestait par des symptômes particulièrement graves, nous ont donné une survie moyenne de seize mois, ce qui est aussi encourageant que la cure radicale.

A ce traitement palliatif, nous pouvons ajouter les boutonnières hypogastriques.

On peut remarquer que les symptômes qui ont nécessité une intervention, les hématuries, cessent immédiatement, et l'on a la satisfaction d'avoir donné aux malades le repos par la cessation de douleurs et de symptômes physiques qui mettaient leur vie en danger.

Tous ces résultats sont obtenus par une intervention très simple et peu grave, ayant l'avantage de ne présenter par elle-même aucune crainte pour les suites opératoires, contrairement à ce que nous voyons dans les résections où l'opération contribue à la mortalité presque autant que la maladie elle-même.

CONCLUSIONS

Les considérations contenues dans cette thèse, au sujet des différents traitements chirurgicaux des tumeurs vésicales, nous conduisent aux conclusions suivantes :

Les tumeurs vésicales sont presque toujours malignes et justiciables rationnellement de la cure radicale, par leur malignité même et leur fréquence. Malheureusement les faits cliniques ne justifient pas pour le moment les espérances conçues à la suite des résultats obtenus sur le cadavre et sur les animaux.

Le siège, occupé par les tumeurs qui se trouvent le plus souvent dans le bas-fond, le trigone, aux environs des uretères et du col, leur mode d'implantation, surtout sensible avec infiltration des parois vésicales, les difficultés opératoires dans ces régions déterminant facilement des blessures

du péritoine, suivies d'infection, la récidive presque sûre dans toutes les tumeurs, avec généralisation aux ganglions, expliquent ces résultats.

D'un autre côté, la lente évolution des tumeurs vésicales, dans la grande majorité des cas sans accidents, engage l'opérateur à instituer une thérapeutique expectative, ne devenant curative jusqu'à un certain point que lorsque des accidents graves surviennent.

Bordeaux, le 19 décembre 1895.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
A. DEMONS.

Vu : *Le Doyen* :
A. PITRES
Bordeaux, le 19 décembre 1895.
Vu et permis d'imprimer
Pour le Recteur en tournée :
Le Vice-Président du Conseil général des Facultés, Délégué,
BAUDRY-LACANTINERIE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Annales des organes génito-urinaires.

Pousson. — De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. (Th. de Paris 1884).

Pousson. — Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs vésicales (Congrès de chirurgie oct. 1895).

Albarran. — *Tumeurs de la vessie.*

Clado. — Résection de la vessie dans les néoplasmes (*Archives de médecine* 1895).

Guyon. — *Leçons cliniques.*

Bordeaux. — Imprimerie du MIDI, 91, rue Porte-Dijeaux.